

FACULTÉ DE MÉDECINE -- UNIVERSITÉ DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Par **Guy-Lucien BOSDEVEIX**

Né le 28 octobre 1901, à Vendœuvres (Indre)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

des

KYSTES BRANCHIAUX DE LA RÉGION LATÉRALE DU COU

Un cas rare de kyste en bissac

Président : M. le Professeur LEJARS

ÉDITIONS MÉDICALES N. MALOINE

27, rue de l'Ecole-de-Médecine, 27

PARIS

1928

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES BRANCHIAUX DE LA RÉGION LATÉRALE DU COU

FACULTÉ DE MÉDECINE -- UNIVERSITÉ DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Par Guy-Lucien BOSDEVEIX

Né le 28 octobre 1901, à Vendœuvres (Indre)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

des

KYSTES BRANCHIAUX DE LA RÉGION LATÉRALE DU COU

Un cas rare de kyste en bissac

Président : M. le Professeur LEJARS

ÉDITIONS MÉDICALES N. MALOINE

27, rue de l'Ecole-de-Médecine, 27

PARIS

—
1928

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	H. ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÈPER.
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZAR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.
	BRANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI..... Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE Neurologie et psychiatrie.
 AUBERTIN.... Pathologie médicale.
 BASSET..... Pathologie chirurgicale
 BAUDOUIN.... Pathologie médicale.
 BINET..... Physiologie.
 BLANCHETIÈRE... Chimie biologique.
 BROcq..... Pathologie chirurgicale
 BRULÉ..... Pathologie médicale.
 CADENAT.... Pathologie chirurgicale
 CHABROL.... Pathologie médicale.
 CHAMPY..... Histologie.
 CHIRAY..... Pathologie médicale.
 CLERC..... Pathologie médicale.
 DEBRÉ..... Hygiène.
 DOGNON..... Physique.
 DONZELOT... Pathologie médicale.
 DUVOIR..... Médecine légale.
 ECALLE..... Obstétrique.
 FIESSINGER... Pathologie médicale.
 GARNIER.... Pathologie expérimentale
 GATELLIER... Pathologie chirurgicale
 HARVIER.... Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER. Urologie.

MM.

HOVELACQUE. Anatomie.
 HUTINEL..... Pathologie médicale.
 JOYEUX..... Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique
 LARDENNOIS.. Pathologie chirurgicale
 LEMAITRE... Oto-rhino-laryngologie
 LEROUX..... Anatomie pathologique
 LÉVY-SOLAL.. Obstétrique.
 LHERMITTE.. Pathologie mentale.
 LIAN..... Pathologie médicale.
 MATHIEU.... Pathologie chirurgicale
 METZGER.... Obstétrique.
 MONDOR..... Pathologie chirurgicale
 MOURE..... Pathologie chirurgicale
 MULON..... Histologie.
 PHILIBERT... Bactériologie.
 QUÉNU..... Pathologie chirurgicale
 RICHET Fils... Physiologie.
 SÉZARY..... Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLÉRY-RADOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL... Obstétrique.
 VELTER..... Ophtalmologie.
 VERNE..... Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT.... Pathologie médicale.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 DEMELIN..... Obstétrique.
 LEQUEUX.... Obstétrique.

MM.

RETTERER.... Histologie.
 TANON..... Pathologie médicale.
 ZIMMERN.... Physiologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE.....	Clinique chirurgicale.	LÉRI.....	Clinique médicale.
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU....	Clinique chirurgicale.	PROUST.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE..	Clinique médicale.	SCHWARTZ...	Clinique chirurgicale.
LE LORIER...	Clinique obstétricale.	VILLARET....	Clinique médicale.
LEREBoullet	Clinique médicale in- fantile.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé..	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.....		Education physique.
LEDOUX-LEBARD.....		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

*Qui, par l'exemple de sa carrière
médicale, toute d'abnégation et de
dévouement, fut mon premier
maître.*

A MA MÈRE

si bonne et si tendre

Témoignage affectueux.

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FÉLIX LEJARS

Professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

*Qui nous a fait l'honneur d'ac-
cepter de présider notre thèse.*

A NOTRE MAITRE

LE DOCTEUR ALBERT HAUTANT

Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Tenon

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a accueilli avec tant
de bienveillance dans son service
et nous fournit le sujet de notre
thèse.*

Humble hommage de notre reconnaissance

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUFFARD
Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR LAPOINTE
Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR FÉLIX RAMOND
Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR DEBRE
Médecin de l'Hôpital des Enfants Malades

Hommages respectueux

A LA MÉMOIRE
DE MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUES DURAND
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Assistant du Service d'Oto-Rhino-Laryngologie
de l'Hôpital Tenon

Dont les conseils et la bienveillance nous furent si précieux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL BONCOURT
Ancien Assistant d'Oto-Rhino-Laryngologie
de l'Hôpital Saint-Antoine

Souvenir reconnaissant.

A MESSIEURS LES DOCTEURS LANOS ET AUBRY
Assistants du Service d'Oto-Rhino-Laryngologie
de l'Hôpital Tenon

Reconnaissance pour leurs précieux conseils.

AUX DOCTEURS
LABARRAQUE, ROUCHON, ZINMANN, MAGDELEINE

Amical souvenir.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES BRANCHIAUX DE LA RÉGION LATÉRALE DU COU

HISTORIQUE

Avant d'aborder l'étude de notre cas un peu particulier de kyste branchial épithelio-lymphoïde ayant occasionné des troubles fonctionnels du larynx, et se présentant comme une tumeur latéro et endolaryngée, nous ferons l'historique et la pathogénie des kystes latéraux du cou en général, notre cas entrant dans le cadre de ces formations.

Dans l'antiquité, ces formations furent observées ; Celse signale des tumeurs enkistées de la région latérale du cou.

Au moyen-âge, on n'en retrouve aucune trace dans la littérature médicale.

Ce n'est que vers la moitié du xiv^e siècle que l'on peut en situer les premiers travaux.

En 1861, Lucke signale un kyste siégeant à la partie latérale et profonde du cou dont la paroi interne était recouverte d'un épithélium pavimenteux stratifié. Etant donné

la présence de tissus lymphoïdes autour du kyste, cet auteur conclut à la formation d'un kyste à l'intérieur d'un ganglion.

1872. — Scheede signale un cas identique et admet lui aussi l'origine intra-ganglionnaire.

1877. — Neumann et Baumgarten publient deux observations mais la paroi interne de ces kystes était recouverte d'un épithélium pavimenteux stratifié alternant avec un épithélium cylindrique cilié semblable à celui de la trachée.

Ces deux auteurs abandonnant l'idée de la formation d'un kyste à l'intérieur d'un ganglion et s'appuyant sur la théorie émise déjà en 1839 par Hensiger qui avait montré les relations étroites de ces kystes et des fentes branchiales, envisagent ces tumeurs comme étant d'origine congénitale.

Les années suivantes, plusieurs cas sont publiés en Allemagne, où, soutenue par Sultan et Kollmann, la théorie branchiale est définitivement admise (1879).

En Angleterre, paraissent les travaux de Hawkins, Holmes Coote.

En France, Albarran se rattachant encore à la théorie ganglionnaire publie en 1885 l'observation d'un kyste profond enlevé par Campenon.

En 1879, Pilliet présente deux cas et le premier invoque en France la théorie branchiale.

1883. — Blanc publie un cas de kyste branchial (Revue mensuelle de Laryngologie et d'Otologie). Ce cas, le pre-

mier que nous ayons trouver dans la littérature médicale, débuta par des troubles laryngés semblables à ceux que nous décrirons plus loin dans notre observation. L'examen laryngologique révéla une masse bombant dans le ventricule de Morgagni. Après ablation le malade guérit. Blanc en fait un kyste dermoïde d'origine branchiale ayant fusé vers le larynx.

1886. — Lannelongue et Achard font paraître une étude magistrale sur les kystes congénitaux de la région latérale du cou et, les premiers en donnent une classification basée sur des recherches anatomopathologiques et histologiques sérieuses. Lannelongue se rallie à l'origine branchiale de ces kystes, pour lui il se produirait un enclavement soit de l'ectoderme soit de l'endoderme au niveau d'une fente branchiale.

Depuis, tant en France qu'à l'étranger, d'assez nombreuses observations furent publiées.

En 1898, Broca dans la deuxième édition du traité de Pathologie de Duplay et Reclus, en cite plusieurs cas et signale la présence de tissus lymphoïdes dans ces formations.

En 1900, Veau dans sa thèse adopte la théorie allemande et, se basant sur ses travaux personnels, conclut à l'origine branchiale de ces kystes.

En 1905, Terrier et Lecéne dans la « Revue de chirurgie » donnent plusieurs observations et, reprenant les arguments de Pilliet en faveur de l'origine branchiale de ces

kystes lymphoïdes, proposent l'appellation de « kystes amygdaloïdes » se basant sur l'examen histologique de la pièce qui révéla un tissu lympho-épithélial rappelant celui de l'amygdale.

Coltelloni, dans sa thèse (Paris 1905), se range à l'avis de ces auteurs.

1909. — Broca et Masson publient deux observations de kystes à paroi dermo-lymphoïde. La présence de cet épithélium malpighien est pour ces auteurs la preuve d'une inclusion embryonnaire au dépens d'une muqueuse qui ne peut être que celle du pharynx.

1908. — Forgues et Massabuau publient une étude sur les kystes congénitaux de la région latérale du cou. Ces auteurs, se basant sur les travaux histologiques du Professeur Vialleton : « Le rôle topographique des arcs viscéraux et la formation du cou », abandonnent la théorie branchiale et considèrent ces kystes comme des tumeurs mixtes analogues à celles que l'on rencontre dans les autres régions du corps.

1912. — Corone, dans la *Gazette des Hôpitaux*, étudiant ces formations, fait une critique des différentes théories et se rallie à celle de la tumeur mixte.

1912. — Thévenin, dans sa thèse soutenue à Bordeaux, fait une étude de ces kystes sans opter pour l'une ou l'autre théorie.

1919. — Nathan et Stéphan présentent un cas de kyste congénital de la région latérale du cou, où ils se trouvent

en présence d'un épithélium pavimenteux stratifié enrobé dans une couche de tissus lymphoïdes.

En 1919, Stéphan présente une thèse sur les kystes épithélio-lymphoïdes où, après avoir fait une étude des théories en présence, il opte pour la théorie branchiale.

Dans toutes ces observations de kystes épithélio-lymphoïdes de la région latérale du cou, aucune ne mentionne une évolution de ces tumeurs vers le larynx, exception faite pour le cas de Blanc. Cependant, parmi ces auteurs, quelques-uns signalent une gêne respiratoire de la disphonie et même de l'aphonie et tous concluent pour expliquer ces troubles, à des phénomènes de compression, dûs au volume de la tumeur. Aucun ne signale l'extension du kyste dans le domaine propre du larynx, bien que cet organe semble, dans plusieurs observations, avoir été nettement touché. Il est vrai que l'examen laryngologique ne fut jamais pratiqué.

A part le cas signalé par Blanc en 1883, il faut arriver en 1926 pour trouver une observation identique à la nôtre (Thèse du Docteur Bouvet, 1926). Il s'agissait d'un malade présentant des troubles fonctionnels du larynx accompagnés d'une masse siégeant dans la région latérale du cou. L'examen laryngologique fut fait dans le service du Docteur Bourgeois et, après ablation du kyste, l'examen histologique révéla un épithélium pavimenteux stratifié enrobé dans un tissu lymphoïde.

PATHOGÉNIE

La pathogénie de ces affections fut complètement inconnue dans l'Antiquité et au Moyen-Age. Leur origine congénitale elle-même resta insoupçonnée. A partir du milieu du xiv^e siècle, parallèlement au développement de nos connaissances anatomiques et embryologiques, les principales théories naîtront successivement.

Les premiers auteurs qui essayèrent d'expliquer la genèse de ces formations furent Lucke et Scheede. Trompés par la présence de tissu lymphoïde, ils en firent des kystes développés à l'intérieur de ganglions, théorie qui, plus tard fut encore adoptée par Albarrán.

L'existence de cette théorie fut de courte durée. En effet, les travaux d'Hensiger avaient déjà montré les rapports qu'il y avait entre ces kystes et les fentes branchiales de l'embryon (1839).

Puis les embryologistes Rathke, Rabl, Balfour mettent en évidence l'existence des arcs branchiaux et leur rôle dans la formation du cou. A la suite de ces travaux naît la théorie de l'origine branchiale des kystes latéraux du cou.

THÉORIE BRANCHIALE

Avant d'exposer les principaux arguments de cette théorie, nous allons donner quelques détails embryologiques sur la façon dont les Classiques envisagent la formation du cou.

Pour ces auteurs, le cou se formerait au dépens des arcs branchiaux et des fentes qui les séparent.

Les arcs branchiaux seraient un épaississement parallèle et symétrique du mésoderme. Entre ces formations les feuilletts embryonnaires formeraient une membrane obturatrice qui se résorberait pour laisser place à des fissures faisant communiquer la cavité pharyngienne avec le versant cutané d'où le nom de « fentes branchiales ».

Parmi les défenseurs de la théorie branchiale certains auteurs estiment qu'il n'y a pas de véritables fentes, mais seulement des sillons qu'ils nomment suivant le versant envisagé :

1° Sillons branchiaux externes ou cutanés.

2° Sillons branchiaux internes ou pharyngés.

ces derniers étant de beaucoup les plus profonds.

Puis, de ces arcs et sillons naîtraient les principales parties du cou :

Le deuxième arc branchial donnerait l'apophyse styloïde et les petites cornes de l'os hyoïde.

Le troisième, le corps de l'os hyoïde et ses grandes cornes.

Le quatrième, le cartilage thyroïdien.

De plus, au cours de l'évolution de l'appareil branchial par suite du développement prépondérant du deuxième arc, les troisième et quatrième arc et des fentes correspondantes se trouveraient repoussés, débordés, formant une dépression située entre l'ébauche de la paroi du corps de l'embryon, et ce deuxième arc : c'est le sinus précervical His.

Puis le deuxième arc pousse par son bord inférieur un processus qui, passant par dessus le sinus précervical et le transformant ainsi en cavité close, ira se souder au corps de l'embryon : c'est la formation du processus operculaire des Classiques.

Au plafond de ce sinus se trouve le deuxième sillon branchial, si nous admettons qu'à un moment donné, à son niveau il existe une fissure réelle, nous aurons donc communication entre le sinus et le fond de la fossette de Rosenmuller : c'est là le canal de Rabl des Classiques. Il est intéressant de souligner que les fistules congénitales empruntent leur trajet à ce canal.

Ces données posées, voyons les arguments des partisans de la théorie branchiale.

Parmi ceux-ci, les uns admettent que tous ces phénomènes

nes de scissure, de prolifération, se succédant avec une grande rapidité, il puisse se produire au niveau d'un sillon branchial externe ou interne des plissements ou des pincements et qu'ainsi des sacs de peau ou de muqueuse restent enclavés ou inclus à l'intérieur du mésenchyme (Théorie de l'enclavement de Lannelongue. — Théorie de l'Inclusion de Verneuil). — Ces éléments perdant momentanément leur vitalité pourront se réveiller plus tard et produire des kystes mucoïdes ou dermoïdes.

D'autres pensent qu'après la fermeture du sinus précervical, il existerait dans le mésenchyme des éléments appartenant aux trois feuilletts embryonnaires et qui, restant inutilisés, donneront naissance à des tumeurs kystiques complexes.

Enfin, d'autres encore situent l'origine de ces formations en un point du canal de Rabl. On a vu plus haut que ce canal traversant la deuxième fente branchiale va, du fond de la fossette de Rosenmuller au bord du processus operculaire. On conçoit qu'il puisse exister un arrêt partiel de sa fermeture entraînant un enclavement qui, s'il porte sur son trajet pharyngien donnera un kyste mucoïde ou s'il se produit au niveau du processus operculaire, un kyste dermoïde.

En ce qui concerne plus spécialement les kystes épithéliolymphoïdes, Pilliet et surtout Lecène et Terrier voient leur origine au niveau du deuxième sillon branchial interne. C'est en effet à ce niveau, au fond de la fossette de

Rosenmuller, que se trouvent les ébauches de l'amygdale, sous forme d'invaginations en doigts de gant. Terrier pense qu'une de ces digitations peut s'inclure et demeurant inutilisée, donner naissance à un kyste épithélio lymphoïde dont la structure rappellera celle de l'amygdale.

Mais en 1908 parurent les travaux du Professeur Vialleton sur le « Rôle topographique des arcs viscéraux et la formation du cou ».

L'idée essentielle qui domine ce travail est que l'appareil branchial n'a qu'une part insignifiante dans la formation du cou. Nous n'avons pas d'arcs branchiaux mais seulement des ébauches, des rudiments d'arcs branchiaux, et encore la durée de cet appareil branchial rudimentaire serait éphémère : sur un embryon de 15 millimètres on n'en retrouve plus trace.

THÉORIE BLASTOMÉRIQUE

Wilms, en 1896, invoque, pour expliquer l'origine de ces formations, la théorie blastomérique et proposa d'appeler ces tumeurs « embryones ». L'idée générale de cette théorie est basée sur ce fait qu'à un stade quelconque de l'évolution de l'embryon, il peut se produire un arrêt du développement, temporaire ou définitif, portant sur une ou plusieurs cellules.

Ces cellules sommeilleraient pendant un certain temps et, se réveillant, reprendraient leur fonction génératrice initiale, mais les cellules qui les entourent ayant suivi leur prolifération normale les auraient englobées.

De plus, ces cellules, au moment de leur réveil, donneraient des éléments du même type que ceux qu'elles étaient sur le point d'engendrer au moment de leur entrée en léthargie.

D'autre part, l'arrêt dans le développement d'une cellule ou d'un groupe cellulaire peut survenir à tous les âges de l'embryon.

Supposons que cet arrêt se produise au moment où l'œuf est encore à un des stades primitifs de sa segmentation (morula, par exemple). Lors de leur réveil, ces éléments

donneront des tumeurs complexes teratomes ou tumeurs mixtes.

Si, d'autre part, cet arrêt survient à un âge plus avancé (gastrula, et même plus tard) ces cellules déjà différenciées, spécialisées même, donneront des embryones de constitution plus simple et dont la structure rappellera les organes ayant servi de point de départ à ces cellules.

Voici, dans ses grandes lignes, exposée la théorie blastomérique.

Maintenant que nous avons étudié les arguments principaux des théories en présence il est facile de voir que leurs divergences portent sur des différences d'interprétation de causes et d'effets, mais que l'idée essentielle qui s'en dégage est identique.

Théorie branchiale et théorie blastomérique invoquent l'arrêt du développement d'un groupe cellulaire jeune qui, demeurant inactif pendant un temps variable, reprendra sa fonction pour donner naissance à des éléments de mêmes types que ceux qu'il était sur le point d'engendrer au moment de sa mort apparente.

Que cet arrêt du développement survienne du fait qu'un amas cellulaire se trouve enclavé, emmuré pour ainsi dire au fond d'un pli de muqueuse ou de peau (théorie branchiale), ou qu'au contraire un groupe de jeunes cellules, perdant sa vitalité, se trouve au bout d'un certain temps englobé, étouffé par les cellules environnantes qui, elles,

auront conservé leur pouvoir de multiplication (théorie blastomérique), le fait en lui-même est identique.

De plus, les conceptions nouvelles de la formation du cou de l'embryon n'écartent pas non plus l'hypothèse de l'origine branchiale.

En effet, qu'importe que les fentes branchiales n'existent pas réellement à l'état de fentes mais seulement à l'état de dépressions, de sillons ; qu'importe aussi que les arcs branchiaux ne se présentent jamais dans leur intégrité, mais seulement à l'état d'ébauches, cela n'exclue pas l'hypothèse de l'arrêt du développement d'un groupe de cellules, au fond d'un sillon branchial ou encore d'un amas cellulaire déjà bien spécialisé, demeurant inutilisé au milieu des autres éléments.

Et il n'en reste pas moins vrai que cet appareil branchial reste le lieu de prédilection des embryones.

Quant à la cause de l'arrêt du développement de ces cellules, pas plus qu'à la cause de leur réveil, nos connaissances actuelles sont insuffisantes pour en donner une explication valable, et ce point demeure ouvert à toutes les hypothèses.

ÉVOLUTION ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous admettrons donc que, dans le plus grand nombre des cas, le point de départ de ces kystes siège au niveau de la deuxième fente branchiale, soit pour les kystes mucoïdes au fond de la fossette de Rosenmuller, soit pour les dermoïdes au niveau de sa face cutanée, là où l'on trouve ordinairement le trajet des fistules congénitales latérales externes.

En général, le début de ces formations est insidieux. Ce n'est que par hasard à l'occasion d'un examen du cou d'un enfant que l'on peut remarquer une petite tumeur arrondie et indolore.

Demeurant longtemps endormies dans la majorité des cas, c'est entre 15 et 30 ans que ces formations commencent à évoluer.

L'accroissement de ces kystes se fait soit d'une façon continue, soit par poussées aiguës et le plus souvent, le malade vient consulter quand leur volume ou leur extension dans le domaine d'un organe voisin, lui occasionne des troubles fonctionnels appréciables.

Ils se présentent alors comme des masses de consistance dure ou pâteuse, tantôt arrondies et lisses, tantôt bosselées

et irrégulières, siégeant en général en avant du sternocleïdo mastoïdien, dans les régions sous-maxillaires, sus ou sous hyodienne ou encore contre le cartilage thyroïde.

Ils sont en général profonds et peuvent être fistulisés. Cette fistule peut se faire spontanément vers la cavité pharyngienne ou laryngienne ou survenir à la suite d'une ponction, elle est alors cutanée. Par les fistules, le kyste peut s'évacuer d'une façon constante ou intermittente, auquel cas on assiste à des phénomènes d'augmentation et de disparition de la tumeur et des troubles fonctionnels.

Les complications que ces formations peuvent donner sont de trois ordres :

1° *Complications infectieuses.* — Elles consistent en inflammation et suppuration du kyste avec fistulisation secondaire, complication grave du fait qu'une fusée purulente peut se faire jour dans un organe voisin.

2° *Complications mécaniques.* — Les plus fréquentes et en général les plus tardives. Elles sont dûes à des phénomènes de compression. C'est en effet quand le kyste a atteint un volume assez considérable qu'un ou plusieurs organes voisins peuvent se trouver comprimés. Les symptômes varient alors suivant l'organe touché.

La compression des nerfs entraîne des douleurs de la céphalée, celle des vaisseaux, jugulaires surtout, de la congestion de la face et de la tête.

Pour les organes plus profonds, œsophage, larynx et

trachée, nous aurons de la dysphagie, des troubles de la phonation, dysphonie, aphonie ou encore des accidents respiratoires, dyspnée, cornage et même asphixie.

3° *Complications d'extension du kyste.* — Ces kystes peuvent en effet, disséquant pour ainsi dire les tissus qui les entourent, se frayer un passage à un point de moindre résistance et pousser ainsi un prolongement qui envahira le domaine d'un organe voisin. Dans ce cas il est facile de voir que le volume de la tumeur n'a plus qu'une importance secondaire et qu'une de ces expansions si petite soit-elle peut occasionner des troubles graves si elle gagne un organe, comme le larynx par exemple. C'est ainsi que nous l'avons constaté chez notre malade.

Macroséopiquement et histologiquement ces kystes se présentent différemment suivant la variété envisagée.

1. *Kystes dermoïdes.* — Les plus superficiels et siégeant en général en avant du bord antérieur du sterno-cleido-mastoïdien. Ces kystes ont une paroi interne qui rappelle la surface des téguments, tantôt lisse et unie, tantôt tomenteuse et irrégulière. Des poils et des glandes sudoripares sont visibles à leur surface. Le contenu de ces kystes est en général formé d'un magma blanchâtre, épais, ressemblant à du mastic (observation de Blanc).

Au microscope, la paroi de ces kystes apparaît constituée par les mêmes éléments que la peau.

2. *Kystes épithélio-lymphoïdes.* — De siège plus profond.

Leur paroi présente à la coupe des irrégularités d'épaisseur assez considérables, pouvant aller de 2 millimètres à 2 centimètres. Leur face interne ressemble à une séreuse douce et veloutée en certains points, rugueuse et chagrinée en d'autres.

Leur coque externe est lisse, sauf aux niveaux des adhérences qu'elle contracte avec le paquet vasculo-nerveux ou des parties du squelette de la région.

Ces kystes contiennent un liquide dont la teinte varie du blanc au gris foncé, quelquefois huileux et d'aspect purulent.

Histologiquement, cette paroi est constituée par trois couches :

1° *Revêtement épithélial interne.* — Constitué soit par un épithélium pavimenteux stratifié, soit par un épithélium cylindrique cilié. Le type pavimenteux stratifié étant de beaucoup le plus souvent observé.

2° *Une couche lymphoïde intermédiaire.* — Cette couche d'épaisseur variable, peut être discontinue, permettant ainsi le contact direct entre l'épithélium et la coque périphérique.

Elle se présente avec tous les caractères du tissu lymphoïde. Amas lymphatique, follicules lymphoïdes (du type ganglionnaire) et même en certains endroits on a l'image classique d'une coupe de l'amygdale palatine, tissus lymphoïdes localisés au niveau d'invaginations de l'épithélium.

Cette nappe lymphoïde est sillonnée par de nombreux ramuscules vasculaires.

3° *Couche fibreuse externe.* — Formée d'un feutrage de fibres conjonctives orientées en différents sens. Dense vers la couche lymphoïde. Elle est de plus en plus lâche vers la périphérie.

Cette différence dans le type de revêtement épithélial de ces kystes formés cependant au dépens d'éléments embryonnaires identiques, s'explique de la façon suivante.

Nous avons admis, en effet, que ces kystes épithélio-lymphoïdes dérivent de l'épithélium qui tapisse le fond de la fossette de Rosenmuller. Or, cet épithélium qui est cylindrique cilié chez l'embryon deviendra pavimenteux stratifié au moment de la formation de l'amygdale. Il est donc logique que l'on puisse retrouver les deux variétés dans les kystes lympho-épithéliaux, soit que l'épithélium ait gardé sa structure primitive, soit qu'il ait, poursuivant son cycle normal, évolué vers le type pavimenteux stratifié.

Dans plusieurs observations on a même signalé dans un même kyste, la présence de ces deux types d'épithélium (Thèse Cusset, Paris 1877).

Maintenant que nous avons étudié l'histoire, l'origine et l'évolution de ces formations en général, nous allons aborder l'étude d'un cas particulier de kyste branchial ayant fusé vers le larynx et se présentant à la fois comme une tumeur cervicale et laryngée.

OBSERVATION

Notre malade, M. L..., âgé de 35 ans, est venu consulter pour la première fois dans le service d'O.R.L. de notre Maître le Docteur Hautant, en juillet 1927.

Il présentait, à ce moment là, des troubles laryngés fonctionnels et surtout une dyspnée très violente au point d'envisager la trachéotomie d'urgence.

A l'interrogatoire, le malade ne peut préciser le début exact de la disphonie. Il signale toutefois que sa voix a toujours présenté un timbre assez voilé.

C'est progressivement, insidieusement, en plusieurs années, dit-il, que cette disphonie s'est établie.

Quant aux troubles respiratoires, ce n'est que depuis peu qu'ils se sont révélés.

Cette dyspnée, légère au début, a augmenté rapidement d'intensité et maintenant le malade a de véritables crises de suffocation survenant de préférence la nuit. C'est à la suite d'une de ces crises qu'il nous est amené.

EXAMEN DU MALADE

1° SIGNES FONCTIONNELS.

a) *Disphagie*. — La voix du malade est pénible, couverte, étouffée, peu vibrante. Il peut cependant émettre les sons aigus, signe en faveur de l'intégrité de ses cordes vocales.

b) *Dyspnée*. — Apparue tardivement. Au début, légère dyspnée d'effort qui, très rapidement, aboutit à l'état asphixique que nous constatons.

Il n'y a ni douleur, ni dysphagie.

Son état général est florissant, pas d'amaigrissement, pas de température.

2° SIGNES PHYSIQUES.

Il faut les diviser en deux catégories :

a) *Signes physiques cervicaux*. — A la palpation profonde de la région cervicale gauche, on sent une masse du volume d'une mandarine, libre d'avec les plans superficiels et adhérant intimement aux plans profonds.

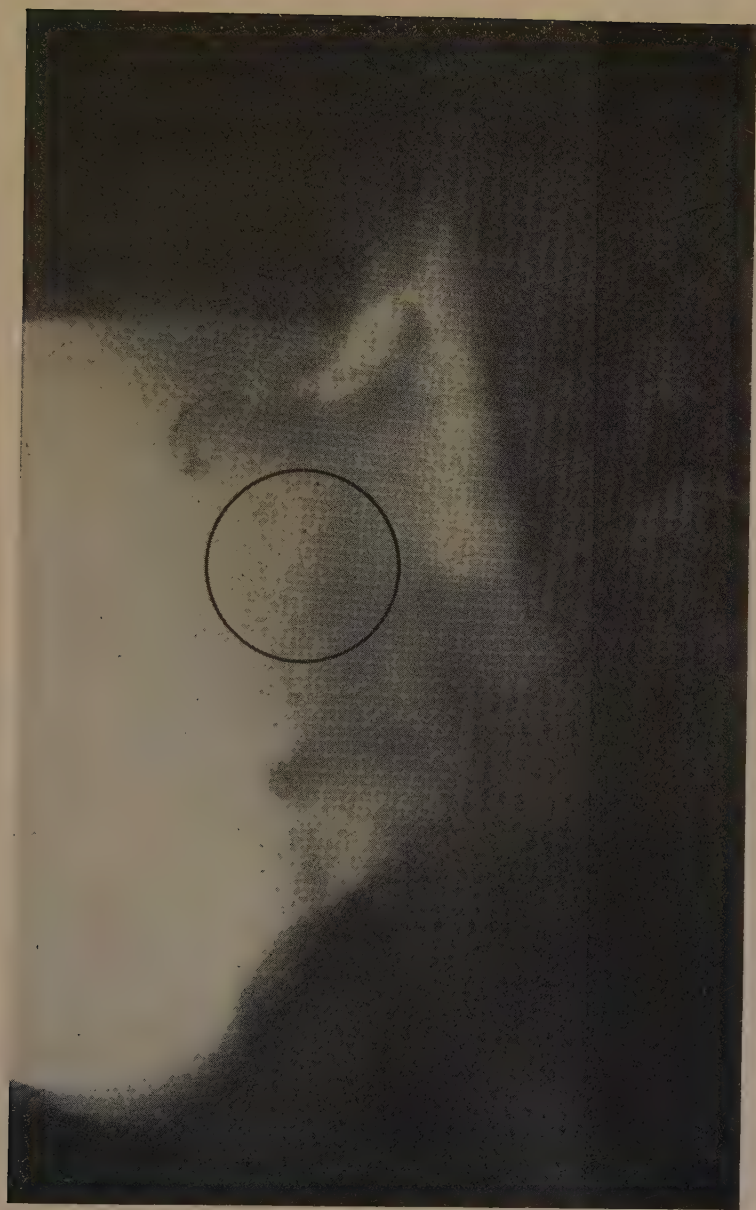
Cette tuméfaction s'étend du bord inférieur du maxillaire à la partie supérieure du cartilage thyroïde.

Au palper, elle se révèle dure, lisse et arrondie. Le palper bi-manuel n'a pu être pratiqué en raison de sa profondeur.

b) *Signes physiques pharyngo-laryngés*. — A l'examen laryngoscopique on voit un larynx dévié à droite, dont toute la partie gauche est tuméfiée et semble repoussée en dedans.

Au-dessus du larynx, le repli pharyngo-épiglottique est énorme, sa face externe tuméfiée, déformée bombe en haut et en dehors.

Sa face interne moins volumineuse repousse l'épiglote vers la droite.





Cette tuméfaction se prolongeant en bas et au dedans, rejoint la bande ventriculaire correspondante. Cette bande transformée en une masse ronde, et du volume d'une noix masque l'orifice glottique recouvrant les trois quarts postérieurs de la corde vocale sous-jacente.

De plus, cette masse empiétant en arrière sur le sinus piriforme le comble en partie.

Les arythénoïdes et la région inter-arythénoïdienne ne présentent pas de lésion. L'épiglotte est saine.

En dessous de cette masse, la partie antérieure de la corde gauche est visible. Elle a conservé sa couleur nacrée, son bord est normal. Elle est mobile ; signe important.

L'hémilarynx droit ne présente ni déformation ni lésion.

Dans son ensemble, la muqueuse du larynx a conservé sa couleur normale. On n'y trouve ni infiltration ni ulcération. On remarque seulement, au niveau de la tuméfaction, qu'elle est amincie et laisse deviner par transparence une collection jaunâtre.

3° EXAMEN COMPLÉMENTAIRE.

Nous avons ponctionné le malade à plusieurs reprises. Le liquide retiré est jaunâtre, puriforme. L'examen bactériologique n'a relevé aucun germe microbien et l'inoculation au cobaye est restée négative.

Nous avons observé qu'à la suite de chaque ponction le volume de la tumeur subit une diminution notable et que les troubles fonctionnels disparaissent presque.

Radiographie. — Les radiographies qui furent faites ne montrèrent rien de très net, sauf cependant sur celle prise de profil où l'on voit une collection arrondie occupant l'espace compris entre le bord inférieur de l'os hyoïde et la partie moyenne de l'aile thyroïdienne. Masse sombre au centre clair, ce qui indiquait une collection liquide.

Après avoir gardé le malade en observation pendant une quinzaine de jours, à la suite des ponctions et d'un traitement uniquement médical (repos et compresses chaudes) tous les symptômes ont disparu et le malade quitte le service.

Ce n'est qu'en février 1928 que le malade revient nous voir. Il présente alors une nouvelle crise de dyspnée aigue. Mêmes symptômes qu'à la première, mêmes troubles fonctionnels. On remarque seulement que la partie cervicale de la tumeur a augmenté de volume et est devenue nettement fluctuante.

Le Docteur Hautant qui voit le malade pour la première fois, envisage le diagnostic de kyste de la région latérale du cou et en propose l'exérèse.

INTERVENTION

Anesthésie générale au masque d'Ombredanne.

Le Docteur Hautant pratique une incision curviligne partant à deux centimètres au-dessous du maxillaire inférieur et venant aboutir, après avoir longé le bord antérieur

du sterno-cléido mastoïdien un peu en dessous de la corne thyroïdienne.

Incision du peaucier, de l'aponévrose superficielle et on découvre alors la face externe du kyste. Cette face ne présente aucune adhérence avec les plans superficiels.

On cherche un plan de clivage et on commence la dissection de la poche.

On ne trouve pas d'adhérence en haut, ni en avant, mais seulement au niveau des gros vaisseaux en arrière.

Après avoir sectionné ces adhérences, toute la partie cervicale de la tumeur se trouve libérée, et permet d'en reconnaître ses limites.

On est en présence d'une masse du volume d'une mandarine qui s'étend en haut : du bord inférieur du maxillaire, en bas : recouvre l'aile thyroïdienne, en avant s'avance jusqu'à l'angle antérieur du cartilage thyroïde, et en arrière : se trouve au contact des gros vaisseaux.

On poursuit alors la dissection du kyste au niveau de sa face profonde et l'on constate que cette face adhère :

En arrière : directement à la muqueuse du pharynx. A cet endroit, la dissection du kyste devient très difficile en raison des grosses adhérences qui s'y trouvent.

En avant : que cette face se prolonge par un pédicule qui franchit la membrane thyroïdienne dans sa partie postérieure.

On incise la membrane thyroïdienne, et en suivant le pédicule on arrive au niveau de la masse laryngée.

Cette masse est limitée en dehors par la face interne de l'aile thyroïdienne, en dedans par les tissus laryngés, refoulant ainsi la bande ventriculaire et le sinus piriforme, en haut et en arrière par le repli pharyngo-épiglottique. A ce niveau, le kyste ayant disséqué la paroi musculaire du pharynx n'est plus séparé de sa cavité que par la muqueuse.

On dissèque et on décolle à la spatule et aux ciseaux courbes toute cette poche kystique, et l'ablation totale de la poche est obtenue sans perforation de la muqueuse endolaryngée.

Assèchement de la cavité, ligatures, et tamponnement serré à la mèche iodoformée. Suture de la plaie. On ménage un orifice postéro-supérieur pour la sortie de la mèche. Pansement.

Vingt-quatre heures après, on enlève la mèche et la cicatrisation se fait en quinze jours. Le malade quitte le service.

Un mois après la cicatrisation est complète. On fait à ce moment un nouvel examen laryngoscopique qui montre un larynx à peu près normal : Une très légère tuméfaction demeure encore au niveau de sa bande ventriculaire et de son repli pharyngo-épiglottique.

La voix est plus claire, plus vibrante. Les troubles dyspnéiques ont complètement disparu.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

L'examen histologique de notre pièce a été fait à l'Institut Curie par le Docteur Gricouroff qui nous en a communiqué les détails suivants :

« Les fragments prélevés sont revêtus par un épithélium
« pavimenteux stratifié. Au-dessous de ce revêtement, et
« à son contact, se trouvent plusieurs volumineux amas
« lymphatiques, comprenant un certain nombre de folli-
« cules lymphoïdes dans lesquels on distingue une zone
« marginale et un centre germinatif.

« En de nombreux points, les éléments lymphocytaires
« pénètrent dans l'intérieur même de l'épithélium, rap-
« pelant ainsi la structure du tissu lympho-épithélial.

« Par endroits, cet aspect devient tout à fait caractéris-
« tique, le tissu lymphoïde étant localisé au niveau d'inva-
« ginations de l'épithélium et l'on a l'image classique des
« cryptes de l'amygdale palatine. »

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

a) DIAGNOSTIC DE LA TUMEUR CERVICALE

En présence d'une masse fluctuante siégeant à la partie latérale et profonde du cou, plusieurs diagnostics étaient à envisager :

1° *Abcès froid ganglionnaire.*

Dans ce cas l'évolution est différente. La tuberculose ganglionnaire évolue en général plus vite vers le ramolissement. Elle s'accompagne d'un état général plus ou moins touché. Il y a de la poli-adénite et de la péri-adénite. La peau est le plus souvent adhérente, changée dans sa couleur, sa consistance et sa mobilité, et la ponction révèle un pus épais où on peut déceler la présence de Bacilles de Koch.

2° *Lymphadénome.*

La diffusion des lésions qui existent en même temps aux aisselles et aux aines, leur bi-latéralité permettent difficilement de les confondre.

3° *Lipome.*

Cette tumeur est quelquefois très difficile à diagnostiquer d'avec un kyste. Cependant sa consistance pâteuse, plus élastique que fluctuante, et donnant au toucher la sensation de lobulation, permet joint à la ponction de trancher la question.

4° *Bronchomie.*

On éliminera cette hypothèse en se fondant sur l'allure très aiguë de l'affection. La tumeur moins mobile, se fixant, s'ulcérant très vite, et donnant lieu à des phénomènes douloureux dans le bras et l'oreille du côté correspondant.

5° *Anévrisme brachio-céphalique.*

Cette affection est caractérisée par des battements et des mouvements d'extension. Les signes d'auscultation et la réductibilité de la tumeur orientent immédiatement le diagnostic.

6° *Kyste hydatique musculaire.*

Dans ce cas, la ponction exploratrice pourra nous donner une certitude.

b) DIAGNOSTIC DE LA TUMEUR LARYNGÉE

En présence des lésions révélées par l'examen endoscopique plusieurs diagnostics se posaient :

1° *Cancer.* — La tuméfaction englobant la bande ventriculaire, une partie du sinus piriforme et le repli pharyngo-

épiglottique, on pouvait penser soit à un cancer de la bande ventriculaire, soit surtout à un néoplasme du repli pharyngo-épiglottique. La masse cervicale dure à cette époque pouvait en imposer pour un ganglion néoplastique secondaire.

Mais devant l'âge du malade, sa santé parfaite, la longue durée de l'évolution, l'absence de dysphagie et de douleur, et surtout en présence de la mobilité parfaite du larynx et l'intégrité de sa muqueuse, cette hypothèse fut écartée.

De plus, une biopsie faite au niveau des lésions laryngées, fut négative.

2° *Tuberculose.* — On pouvait en effet penser à une collection suppurée et froide, tirant son origine d'un point d'ostéite de l'os hyoïde fusant en dehors vers la région cervicale et en dedans vers la bande ventriculaire.

Dans ces cas d'abcès froid, la muqueuse pharyngo-laryngée est rouge, irrégulière, et la tuméfaction cervicale présente tous les caractères inflammatoires d'une périadénite. L'état du malade est nettement mauvais, et il y a des signes de tuberculose pulmonaires, de la température.

Rien de tout cela chez notre malade ; de plus la radiographie montra l'intégrité de l'os hyoïde et l'inoculation au cobaye du liquide retiré à la ponction resta négative. Ce deuxième diagnostic un moment envisagé fut abandonné définitivement.

3° *Syphilis.*

En ne tenant compte que de la tumeur interne on pouvait penser à l'existence d'une gomme syphilitique.

Dans ce cas les lésions sont en tous points différentes de celles que présente notre malade : elles évoluent rapidement, siègent surtout aux parties antérieures du larynx, épiglotte, parties antérieures des cordes vocales ; la muqueuse qui les recouvre est ulcérée, rongée. En outre, à l'interrogatoire et à l'examen général du malade on relève d'autres signes de spécificité.

Ni les signes physiques, ni l'évolution, ni les antécédents ne permettaient de conserver longtemps cette hypothèse dans notre cas.

THERAPEUTIQUE

En présence de ces kystes branchiaux, la seule thérapeutique capable d'amener une guérison définitive est l'extirpation en bloc de la tumeur.

En effet, la ponction soulage momentanément le malade, mais outre qu'elle expose à l'infection et à la fistulisation, elle est toujours suivie de récïdive rapide.

Quant aux injections modificatrices de toutes natures, elles ont toujours échoué et sont à rejeter pour les mêmes raisons que la ponction simple.

Nous allons maintenant exposer les principaux temps de la technique opératoire.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

L'ablation de cette tumeur se fera sous anesthésie générale de préférence. On emploiera soit la pipe de Delbet, soit le masque d'Ombredanne.

On placera un billot sous les épaules et la tête, tournée du côté opposé à la tumeur, sera maintenue en extension moyenne.

1^{er} temps : INCISION. — Elle se fera de trois façons différentes :

a) *Incision linéaire.* — Suivant le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, débutant à l'angle de la mâchoire, elle se poursuivra jusqu'au niveau du bord inférieur du cartilage thyroïde.

b) *Incision en T.* — Différente de la précédente de ce fait que l'on effectue une contre-incision permettant de récliner le lambeau cutané antérieur. Cette incision sera employée de préférence dans les kystes volumineux.

c) *Incision ansiforme de Sébilleau.* — Débutant sur le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, elle arrondit sa courbe au-dessous de la partie supérieure du cartilage thyroïde.

Puis après section du peaucier on incisera l'aponévrose superficielle sur le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien et on réclinera ce muscle en arrière. On arrivera ainsi sur l'aponévrose moyenne.

2^e temps : RECHERCHE DU PAQUET VASCULO-NERVEUX.

On se basera sur le volume de la tumeur pour couper le sterno-cléido-mastoïdien ; en général, il est préférable de le respecter.

On incisera ensuite l'aponévrose moyenne et on ira chercher le paquet vasculo-nerveux dans la partie inférieure de la plaie.

A ce moment, la vue s'étend de la synphise mentonnaire au bord supérieur du cartilage thyroïde, découvrant ainsi le pôle externe de la tumeur.

3^e temps : DISSECTION DE LA TUMEUR CERVICALE.

On recherchera alors un plan de clivage et on amorcera le décollement par sa face antérieure. De préférence, faire le décollement à la compresse pour éviter autant que possible, la perforation du kyste.

Au niveau des gros vaisseaux, on disséquera la poche avec beaucoup de prudence, en raison des adhérences qui s'y trouvent en général. Puis, poursuivant le décollement de proche en proche on arrivera à la face interne et profonde de la tumeur, que l'on trouvera fixée intimement à la membrane thyro-hyoïdienne.

On s'apercevra alors que cette adhérence du kyste à la membrane est dûe à un prolongement, véritable pédicule de la tumeur s'engageant par un pertuis à travers cette membrane.

Rechercher alors à quel niveau ce pédicule pénètre dans la membrane et en faire une dissection prudente.

4^e temps : DISSECTION DE LA TUMEUR LARYNGÉE.

On incisera la membrane thyro-hyoïdienne, ce qui nous conduit sur la portion laryngée du kyste. Puis, à l'aide d'une spatule et des ciseaux courbes, on continuera le décollement de la poche avec beaucoup de douceur pour éviter de traumatiser la muqueuse, en général, très amincie à ce niveau et ainsi on obtiendra l'ablation en bloc du kyste.

On pratiquera ensuite une hémostase soignée puis on reconstituera le sterno-cléido-mastoïdien, si la section s'en est imposée.

Après avoir tamponné la cavité à la mèche iodoformée, suturer la peau en ménageant un orifice à la partie postéro-supérieure de l'incision.

Faire un pansement serré pour éviter l'hémorragie.

Nous avons signalé au début de ce travail, en faisant l'historique de ces kystes, que parmi les nombreuses observations publiées, deux seulement étaient identiques à la nôtre. Elles sont dues l'une à Blanc (1883), l'autre à Bouvet (1926). En voici les résumés :

OBSERVATION N° 1

Elle est dûe à Blanc (Revue Mensuelle de Laryngologie et d'Otologie, 1883).

Une fillette de 10 ans avait, depuis sa naissance, une voix rauque, pénible, inégale. A plusieurs reprises, elle avait présenté des accès de suffocation.

Il se forma sur le côté gauche du cou un petit abcès qui fut incisé. Une amélioration de tous les symptômes s'ensuivit. On fit, à ce moment, le diagnostic d'adénite suppurée.

Un mois et demi après, les accidents surviennent à nouveau. On pratique alors un examen laryngoscopique qui montra, à gauche, une tumeur qui semblait venir du ventricule de Morgagni et qui, rejetant l'épiglotte en haut et à droite, oblitérait la glotte dans ses quatre cinquièmes.

Blanc diagnostiqua un kyste et proposa l'ouverture par les voies naturelles. C'est ce qui fut fait. Il en sortit une matière épaisse, pâteuse, semblable à celle que contiennent les kystes dermoïdes.

Quatre jours après l'opération, la tumeur était diminuée des deux tiers, il n'y avait plus de dyspnée et l'opérée parlait mieux.

Blanc croit à l'origine d'un kyste dermoïde de la troisième fente branchiale.

« La gêne dans le larynx manifeste depuis la naissance,
« l'amélioration subite après l'ouverture de cette adénite

« de la région cervicale et qui n'était vraisemblablement
« qu'une partie d'un kyste dermoïde, bilobé, dont une
« portion se serait échappée extérieurement et dont l'autre
« serait restée prise du côté du larynx, la persistance de
« la gêne du côté de cet organe, son aggravation, la guérison
« post-opératoire, tout fait penser, dit l'auteur, que c'est
« bien là un kyste branchial général ».

OBSERVATION N° 2

Cette observation a servi de base à la thèse du Docteur
Bouvet (1926).

Il s'agit d'un malade âgé de 56 ans venu consulter pour
une tuméfaction de la région latéro-cervicale droite et des
troubles phonatoires accompagnés de gêne respiratoire.

A l'examen on constate dans la région latérale du cou
une masse fluctuante, de la grosseur d'une noix siégeant en
avant de la gaine des vaisseaux et légèrement au-dessous
de l'os hyoïde.

Cette masse à la suite d'une ponction s'est fistulisée et
cette fistule laisse couler un liquide jaunâtre.

A l'examen laryngoscopique, la première chose qui
frappe c'est une volumineuse tuméfaction qui soulevant
la paroi laryngée, au niveau de la bande ventriculaire
masque complètement l'orifice glottique.

Tout le reste du larynx est normal, sa mobilité est con-
servée.

Opéré dans le service du Docteur Bourgeois, on trouva un kyste en bissac dont la masse cervicale communiquait avec la masse laryngée par l'intermédiaire d'un pédicule qui traversait la membrane thyro-hyoïdienne. Le malade guérit en 1 mois.

L'examen histologique révéla une membrane constituée par un épithélium cylindrique cilié reposant sur une couche de tissus lymphoïdes.

Bouvet en fait un kyste branchial ayant pris naissance au niveau de la troisième fente branchiale et l'appelle « kyste branchial latéro-laryngé en bouton de chemise ».

CONCLUSIONS

Dans notre thèse avant d'aborder l'exposé et l'étude de notre cas de kyste branchial en bissac, dont un lobe occupait la région cervicale externe, l'autre s'étant développé dans le domaine du pharyngo-larynx, il nous a semblé intéressant de faire avec quelques détails l'historique et la pathogénie de ces kystes en général.

Il ressort de cette étude que l'origine de ces tumeurs semble devoir être recherchée chez l'embryon au niveau du deuxième sillon branchial et qu'il résulte, soit d'une anomalie survenant au cours des phénomènes complexes qui président à la formation du cou, soit d'un trouble vital portant sur une ou plusieurs cellules de cette région.

Ces kystes suivant leur origine sont divisés en deux grandes classes :

1° Les kystes dermoïdes, en général plus superficiels et dont la paroi est formée d'éléments semblables à ceux de la peau.

2° Les kystes épithélio-lymphoïdes qui eux, sont une structure rappelant celle du pharynx et surtout celle de l'amygdale palatine.

C'est à cette dernière classe qu'appartenait notre kyste.

Nous avons étudié ensuite leurs principales complications : complications infectieuses et complications mécaniques et, nous basant sur notre observation personnelle, il nous a paru logique d'ajouter à ce chapitre, bien qu'elles fussent relativement rares : *les complications d'extension* de ces kystes.

Notre observation a montré en effet qu'un de ces kystes branchiaux peut fuser à travers la membrane thyro-hyoïdienne, envahir le territoire laryngé et occasionner des troubles fonctionnels graves.

En terminant ce travail, nous soulignerons la difficulté du diagnostic de ces tumeurs en bissac, à double localisation, et nous insisterons sur l'importance qu'il y a d'établir rapidement ce diagnostic qui dictera l'intervention chirurgicale, seul moyen d'obtenir une guérison totale et définitive.

Vu : le Président de la thèse,
LEJARS.

Vu : le Doyen,
H. ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- LUCKE. — Archiv. f. Chirurg. 1861.
- SCHEEDE. — Archiv. f. Chirurg. 1872. T. XIV.
- NEUMANN et BAUMGARTEN. — Archiv. f. Klin. Chirurg. 1877. T. XX.
- HENSIGER. — Arch. physiolog. T. XXXIII.
- ALBARRAN et CAMPENON. — Bull. Soc. Anat. 1885, p. 298.
- PILLIET. — Bull. Soc. Anat. 1879.
- BLANC. — Revue mensuelle de Laryngologie et d'Otologie 1883. T. III, p. 324.
- LANNELONGUE ACHARD. — Etude des tumeurs congénitales.
- BROCA et MASSON. — Kystes congénitaux du cou à paroi dermo-lymphoïde. *Presse médicale*, 11 sept. 1909.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de Chirurgie 1898.
- VEAU. — Epithélioma branchial du cou (Thèse 1901).
- TERRIER et LECÈNE. — Kystes branchiaux du cou à struct. amygdaloïdes. *Rev. de Chirurg.* 1905. T. 32.
- COSTELLONI. — Sur la présence des tissus lymphoïdes dans la paroi de certains kystes de la région latérale du cou. *Gazette des hôpitaux (Gazette des hôpitaux)*, 20 janvier 1912.
- FORGUES et MASSABUAU. — Comment se pose actuellement la question des Kystes congénitaux du cou. *Province médicale*, 15 fév. 1908. — A propos d'un kyste pré-maxillaire de la région naso-génienne. *Province médicale*, 20 février 1909.
- VIALLETON. — Sur le rôle topographique des arcs branchiaux dans la formation du cou. *Montpellier médical* 1907.
- CORONE. — Les kystes congénitaux de la région latérale du cou. *Gaz. des Hôp.*, 20 janvier 1912.

THÉVENIN. — Contribution à l'étude des kystes épith. lymphoïdes du cou. Thèse Bordeaux 1912.

NATHAN et STEPHAN. — Un kyste congénital du cou. Société Anat. 1919.

STEPHAN. — Contribution à l'étude des kystes épith. lymphoïdes de la région latérale du cou. Thèse 1919.

BOUVET. — Kyste branchial latéro-laryngé en bouton de chemise. Thèse Paris 1926.

